



DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES

**預先裁定通知書
另選安置計畫登記加入與終止**

PLANNED ACTION NOTICE

WAIVER ENROLLMENT AND TERMINATION

當事人姓名與地址

代表之姓名與地址

關於您登記加入家庭與社區安置另選計畫服務的問題，發展殘障服務處已作出以下決定。

登記參加另選安置計畫

- 您已被批准登記參加下列發展殘障服務處家庭與社區服務另選安置計畫：
- 基本服務
 基本附加服務
 核心計畫
 社區保護另選計畫

登記加入此項另選安置計畫的生效日期為：_____。

如欲獲得更多資訊或作出計畫安排，您可聯絡您的個案/資源管理員(CRM)。

個案/資源管理員姓名

電話號碼

終止另選安置計畫

- 您已不再有資格參加下列發展殘障處家庭與社區安置服務另選計畫的服務：
- 基本服務 基本附加服務 核心計畫 社區保護另選計畫

此項另選安置計畫資格與服務終止決定的生效日期為：_____。

此項終止決定的理由：

- | | |
|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 您不符合享受另選安置計畫的資格標準。 | 華盛頓州行政法規388-845-0030 |
| <input type="checkbox"/> 您已登記參加另一個不同的發展殘障處家庭與社區安置服務另選計畫。 | 華盛頓州行政法規388-845-0045; 0080; 3085 |
| <input type="checkbox"/> 您已不再需要或使用另選安置計畫服務。 | 華盛頓州行政法規388-824-0030(6)或0060(2)(3) |
| <input type="checkbox"/> 您已參加社區保護計畫的另選安置計畫，但您選擇不接受由持照的社區保護計畫服務提供者所提供的服務。 | 華盛頓州行政法規388-845-0060(4) |
| <input type="checkbox"/> 您選擇退出另選安置計畫。 | 華盛頓州行政法規388-845-0060(5) |
| <input type="checkbox"/> 您在外州居住。 | 華盛頓州行政法規388-845-0060(6) |
| <input type="checkbox"/> 我們不知道您在何處，或者您未參加另選計畫資格年度覆審。 | 華盛頓州行政法規388-845-0060(7) |
| <input type="checkbox"/> 您拒絕參與服務計畫的制訂過程，或者拒絕參加保證服務品質或監督服務計畫實施情況的活動。 | 華盛頓州行政法規388-845-0060(b)(c) |
| <input type="checkbox"/> 您拒絕接受您曾同意的根據您健康及安全需求而制訂的護理計畫服務。 | 華盛頓州行政法規388-845-0060(c) |
| <input type="checkbox"/> 您已住入一個看護設施。 | 華盛頓州行政法規388-845-0060(9) |
| <input type="checkbox"/> 您的需求已超過您的另選安置計畫所能提供的服務範圍。 | 華盛頓州行政法規388-845-0000或3085 |

您的申訴權

倘若您不同意我們終止您的另選安置計畫服務資格之決定，您有權提出舉行一次行政聽證會的請求。

倘若您的另選安置計畫被終止完全是因為您不符合享受醫療輔助方案福利或社會安全殘障福利的資格，則您無權向發展殘障處提出申訴。您有權向審定您不符合資格的機構提出申訴。

從您收到此通知書之日起，您有九十(90)天時間對此項決定提出申訴。

- 如果您目前獲得發展殘障服務處提供的另選安置計畫付費服務，並想在申訴期間繼續保持獲得另選安置計畫之資格與服務，則您必須於_____之前提出舉行行政聽證會的請求。
- 如果您選擇繼續獲得付費服務，但依據最終裁定本部之原有決定得到維持，則您將需負責償還最多60天的收費服務費用。
- 如果您不想繼續獲得付費服務，請聯絡：

個案/資源管理員

電話號碼

您有以下權利：

- 請他人做您的代表（您可能有資格獲得免費法律幫助）；
- 要求得到一份副本，包括您的檔案副本和發展殘障服務處為作出決定而審閱的所有資料之副本；
- 提交證據文件；
- 在聽證會上作證並請證人出席為您作證；並
- 盤問為本部作證的證人。

隨附一份行政聽證會申請書。

您是否有任何疑問？

倘若您對此項資格審定或申訴程序有任何疑問，請聯絡

姓名	電話號碼	地區辦事處
----	------	-------



預先裁定通知書
發展殘障服務處另選安置計畫
登記加入與終止
聽證會申請書

依據社會福利服務部聽證條例第388-02章之規定。

FOR AGENCY USE ONLY	
<input type="checkbox"/> Oral request taken by:	
NAME	TELEPHONE NUMBER
INVOLVED DIVISION/ORGANIZATION	

請寄往： OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARING (OAH), MAIL STOP: 42489
PO BOX 42489
OLYMPIA WA 98504-2489

傳真： 360-586-6563

本人提出舉行聽證會之請求，理由是我不同意發展殘障服務處(DDD)作出的以下服務決定：

您的姓名（請工整填寫）	出生日期	社會安全號碼
提出聽證請求者的地址	當事人的個案號碼	
城市	州	郵遞區號
		電話號碼（請包括區域號碼） <input type="checkbox"/> 留言電話

本人於：_____收到由：_____寄來的決定通知。
日期 _____ 社會福利服務部辦事處的名稱與地點

若符合資格，本人願意繼續獲得幫助： 是 否 計畫：_____

本人的代表是（若您將親自出席，請不要填寫以下兩行內容）：

您的代表之姓名	組織機構	電話號碼
地址	城市	郵遞區號

本人授權將相關我的聽證請求之資訊透露給我的代表。

您的簽名	日期
------	----

您是否需要口譯人員或其他便利條件，以便您參加聽證會？ 是 否

若需要，請問是哪種語言或哪些幫助？ _____

行政聽證法官(ALJ)也許會採用電話方式進行某些聽證。如果您希望改為一次親自出席的聽證會，請按照聽證會通知書中所述的方法辦理。該通知書將由行政聽證處寄給您。

DDD WAIVER ENROLLMENT AND TERMINATION PLANNED ACTION NOTICE INSTRUCTIONS

Completing the Form

1. Waiver Enrollment:
 - The effective date of the waiver enrollment on the first page of the Planned Action Notice is the date the Case Resource Manager signs the Plan of Care (POC). Remember: All of the items must be completed on the Waiver Eligibility Determination Checklist (10-274) before you can sign the POC.
2. Waiver Termination:
 - The effective date of the termination for waiver eligibility and services on the first page of the Planned Action Notice is a minimum of 10 days from the mailing of the Planned Action Notice then extending to the end of the month of the tenth day.
 - When the client is moving from one waiver to another the termination date is the day before the waiver enrollment effective date.
3. It is preferable that any:
 - Service termination occurs the last day of the month, and
 - Service reduction occurs the first day of the month.
4. The appeal date on the second page of the Planned Action Notice is calculated by counting ten (10) days from the date of mailing - the tenth day must be a working day - and extending to the end of the month.
 - Services continue if an appeal is filed in a timely manner except for circumstances listed in WAC 388-825-150.
5. The client is instructed to return the form if they choose NOT to have services or eligibility continue during the appeal. If they choose to contact you by telephone, note that they have requested to discontinue services in the CARE SER and terminate services the same date as the termination effective date on the first page.